



Univerzita Karlova v Praze

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav pro ošetřovatelství

Helena Pádivá

Ošetřovatelská péče o ženu po císařském řezu

*Nursing Care of the woman after
Caesarean Section*

Bakalářská práce

Praha, únor 2009

Autor práce: Helena Pádivá

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav pro ošetrovatelství 3.LF UK**

Odborný konzultant práce: **MUDr. Tat'ána Lomíčková**

Pracoviště odborného konzultanta: **Gynekologicko-porodnická
klinika 3.LF UK a FNKV**

Datum a rok obhajoby: duben 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 20.2.2009

Helena Pádivá

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové a MUDr. Taťaně Lomíčkové za čas, který věnovaly mé práci a za jejich odborné rady a připomínky k vypracování této bakalářské práce. Děkuji také pacientce paní K. M. za cennou spolupráci.

OBSAH:

1. ÚVOD.....	7
2. KLINICKÁ ČÁST.....	8
2.1 Pohlavní vývoj ženy.....	8
2.2 Těhotenství.....	9
2.2.1 Trvání těhotenství.....	9
2.2.2 Sledování těhotných žen.....	9
2.2.3 Doporučená vyšetření v těhotenství.....	10
2.2.3.1 Pravidelná vyšetření.....	10
2.2.3.2 Nepravidelná vyšetření.....	10
2.2.4 Uložení plodu na konci těhotenství.....	10
2.3 Vedení porodu při poloze koncem pánevním.....	11
2.4 Císařský řez.....	12
2.4.1 Indikace k císařskému řezu.....	12
2.4.1.1 Nejčastější indikace v r. 2006.....	13
2.4.2 Frekvence porodů císařským řezem.....	14
2.4.2.1 Příčiny zvyšování frekvence císařských řezů.....	14
2.4.3 Provedení operace.....	14
2.4.3.1 Anatomie dělohy.....	14
2.4.3.2 Podmínky pro provedení císařského řezu.....	16
2.4.3.3 Technika provedení.....	16
2.4.3.3.1 Volba kožního řezu.....	16
2.4.3.3.2 Volba řezu na děloze.....	17
2.4.3.3.3 Postup operace u operace per Geppert.....	17
2.4.3.3.4 Technika Misgav-Ladach.....	17
2.4.4 Anestézie během operace.....	18
2.4.4.1 Celková anestézie.....	18
2.4.4.2 Regionální anestézie.....	18
2.4.5 Komplikace císařského řezu.....	19
2.5 Základní údaje o pacientce.....	21
2.6 Průběh hospitalizace.....	23
2.6.1 Vyšetření během hospitalizace.....	30
2.6.2 Použité medikamenty.....	32

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	34
3.1 Fáze ošetřovatelského procesu.....	34
3.2 Model fungujícího zdraví.....	35
3.3 Ošetřovatelská anamnéza.....	37
3.4 Ošetřovatelské diagnózy k 1. pooperačnímu dni.....	42
3.5 Krátkodobý ošetřovatelský plán.....	43
3.6 Dlouhodobý ošetřovatelský plán.....	51
3.7 Psychologie nemocné.....	53
3.8 Sociální problematika	54
3.9 Prognóza.....	54
3.10 Edukace nemocné.....	54
4. ZÁVĚR.....	58
Přehled použité literatury.....	59
Seznam zkratk.....	61
Seznam příloh.....	62

1. ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie z pohledu ošetrovatelské péče o 34letou paní K.M. Pacientka byla hospitalizována na gynekologicko - porodnickém oddělení, kde přivedla na svět své první dítě císařským řezem.

Práce je rozdělena na část klinickou a ošetrovatelskou. V klinické části jsem stručně charakterizovala vývojová stadia ženy, z období těhotenství jsem se zaměřila na standard dispenzarizace těhotných. Dále jsem se zabývala uložením plodu na konci těhotenství a řešením problematiky polohy koncem pánevním, který měla i moje pacientka K.M. U operativního porodu císařským řezem jsem stručně zmínila anatomii dělohy, dále jsem se zabývala důvody rostoucího takto ukončených těhotenství. Dále jsem se zabývala technikou řezu, jeho indikacemi, možnostmi anestézie a pooperačními komplikacemi.

V poslední části jsou údaje o nemocné a průběh hospitalizace o nemocné, které jsem převzala z lékařské dokumentace. Popsala jsem vyšetření, které při pobytu v nemocnici paní K.M. absolvovala a zmínila jsem farmaka, která jí byla podána v poporodním průběhu.

V ošetrovatelské části jsem popsala fáze ošetrovatelského procesu. Získané informace od pacientky jsem zhodnotila podle modelu Marjory Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila, vzhledem k rozsahu práce, na jeden den, 1. pooperační. Stanovila jsem aktuální a potencionální diagnózy tohoto dne, stanovila jsem si krátkodobé cíle, plán péče. Popsala jsem realizaci stanovených cílů a zhodnotila splnění cílů. V dalším průběhu hospitalizace jsem zmínila stručně hlavní problémy pacientky. Do závěru práce jsem zařadila psychologii a sociální problematiku nemocné. Nedílnou součástí je prognóza a edukační plán nemocné. Anamnestické údaje a plán péče byly zaznamenány do dokumentace, která je přílohou práce. Pacientka K.M. souhlasila s využitím informací ze zdravotnické dokumentace a informací získaných rozhovorem pro účely bakalářské práce.

2 KLINICKÁ ČÁST

2.1 Pohlavní vývoj ženy

Pohlavní vývoj ženy probíhá v následujících etapách:

Období dětství probíhá od narození do 9-11 let. Je charakteristické nepřítomností zralých pohlavních buněk - vajíček. Nezralá vajíčka, která vstoupila do první fáze redukčního dělení, jsou uložena ve vaječníku v primárních folikulech. Další fáze jejich dělení pokračuje v pubertě. Druhotné pohlavní znaky nejsou vyvinuty. Pánev má pohlavní rozdíly od narození, ale k její remodelaci dochází také v pubertě. Vnitřní pohlavní orgány rostou pomalu.

Období dospívání má počátek v rozmezí 12 - 15 let věku ženy a končí mezi 17 - 18. rokem. Hlavní charakteristikou dospívání jsou prudké hormonální změny, vajíčka začínají dozrávat v rostoucích vaječnících. Vaječníky přebírají hlavní část produkce estrogenu a progesteronu. Tyto hormony urychlují další dospívání, tvorbu druhotných pohlavních znaků a navozují menstruační cyklus. První menstruace nastává v našich zeměpisných šířkách obvykle mezi 12. a 15. rokem věku. Mezi 15. a 16. rokem se dokončuje vývoj druhotných pohlavních znaků a okolo 17. roku se postupně zastavuje růst.

Období pohlavní zralosti začíná zástavou růstu mezi 17. a 18. rokem a končí mezi 45. a 50. rokem. V období pohlavní zralosti probíhají pravidelné ovulační a menstruační cykly, které připravují ženu na těhotenství. Optimální věk pro mateřství se pohybuje mezi 20 a 25 lety. Těhotenství po 35. roce života je pro ženu rizikové.

Období pohlavního klidu nastupuje v rozmezí 45 - 50. let a jeho hlavním počátečním znakem je postupná zástava menstruačních cyklů. Přerušení menstruace je důsledkem zástavy dozrávání vajíček a folikulů. S poklesem hladiny estrogenů se přestavují i druhotné pohlavní znaky.

2.2 Těhotenství

2.2.1 Trvání těhotenství

Přesný datum oplodnění vajíčka nelze určit, proto se délka těhotenství stanovuje podle poslední menstruace. Délka těhotenství se udává v ukončených týdnech a dnech, např. 34+3 znamená 34 týdnů a 3 dny od prvního dne poslední menstruace. Průměrná délka těhotenství je 280 dnů = 40 ukončených týdnů + 0 dnů = 10 lunárních měsíců. Z důvodů rozdílné klinické problematiky se těhotenství dělí na 3 trimestry. První trimestr trvá do 12. týdne, druhý od počátku 12. týdne do konce 27. týdne a třetí trimestr od 28. týdne do porodu.

2.2.2 Sledování těhotných žen

Pro sledování správného průběhu těhotenství se rozdělují těhotné do 3 rizikových skupin:

Těhotné s malým rizikem nemají žádné riziko v anamnéze a výsledky všech klinických i laboratorních vyšetření jsou v normě. Tyto ženy s fyziologickým těhotenstvím jsou vyšetřovány v prenatální poradně do 36. týdne 1x za 4 týdny, od 37. týdne 1x týdně. Nejpozději v předpokládaném termínu porodu musí být vyšetřeny v porodnici.

Těhotné se středním rizikem mají rizikové faktory v anamnéze, výsledky vyšetření jsou normální, ale vyžadují opakování. Těhotenství je označeno jako rizikové. Četnost vyšetření v poradně je individuální.

Těhotné s vysokým rizikem mohou, ale nemusejí mít rizikové faktory v anamnéze. Mají patologické výsledky klinických nebo laboratorních vyšetření. Těhotenstvím je označeno jako patologické, frekvence vyšetření je individuální.

2.2.3 Doporučená vyšetření v těhotenství:

První vyšetření těhotné by mělo být provedeno nejpozději do ukončeného 12. týdne těhotenství. Vstupní vyšetření obsahuje mimo pravidelných vyšetření změřením vnějších pánevních rozměrů pelvimetrem a vystavení těhotenské průkazky.

2.2.3.1 Pravidelná vyšetření

- anamnéza
- zevní vyšetření, změřením krevního tlaku a hmotnosti
- orientační chemické vyšetření moče
- bimanuální vyšetření a stanovení cervix skóre
- od 24. týdne těhotenství určení známek vitality plodu

2.2.3.2 Nepravidelná vyšetření

laboratorní:

KS a Rh faktor, titr erytrocytárních protilátek, KO, HIV a HBsAG, protilátky proti syfilis, biochemický screening na VVV v 1. a 2. trimestru, močový sediment v 16. týdnu těhotenství

Screening poruch glukózové tolerance ve 24. - 28. t.t.

Titry erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních se skupinou 0, KO, protilátky proti syfilis ve 30. 32. t.t.

vyšetření na přítomnost streptokoků skupiny B v pochvě v 36. - 37. t.t.

ultrazvukové vyšetření:

v 10. - 12. t.t., 18. - 20. t.t., v 30. - 32. t.t.

kardiotokografický nezáťažový test:

v 36., 37., 38., 39. a 40. t.t.

2.2.4 Uložení plodu na konci těhotenství

Poloha plodu v děložní dutině se stabilizuje ve třetím trimestru těhotenství. Rozlišujeme 3 základní parametry polohy plodu: polohu, postavení, držení a naléhání.

Poloha plodu je určena vztahem podélné osy plodu k podélné ose dělohy

polohy podélné (obě osy probíhají souběžně) - četnost 99,5 %

z toho hlavičkou - četnost 96,5 % (nejčastěji záhlavím)

koncem pánevním - četnost 3%

polohy příčné - četnost 0,5 %

polohy šikmé

Postavení plodu je u podélných poloh určeno uložením hřbetu ve vztahu k děložní hraně a u polohy příčné uložením hlavičky plodu na jedné z lopat kyčelních kostí.

Držení plodu je dáno vzájemnou polohou částí plodu k sobě. U nepravidelného držení plodu dochází např. ke vztyčení horní nebo dolní končetiny.

Naléhání plodu je v polohách podélných vztah hlavičky k pánevnímu vchodu. Správné určení naléhání plodu a vstupu vedoucí části plodu do pánve je důležité pro rozhodnutí k ukončení porodu kleštěmi nebo císařským řezem.

2.3 Vedení porodu při poloze koncem pánevním

Při poloze plodu koncem pánevním je možno se pokusit o provedení zevního obratu do polohy podélné hlavičkou. Tento obrat se provádí v 36.- 38. t.t. za předpokladu fyziologického průběhu těhotenství ze strany matky i dítěte a v případě, že na děloze nebyla dříve uskutečněna žádná operace.

Vaginální vedení porodu je doporučeno nejpozději v termínu porodu z důvodu možného kefalopelvického nepoměru. Při vaginálním porodu K.P. musí být na porodním sále přítomni dva porodníci (z toho jeden s nejméně osmiletou praxí v oboru), porodní asistentka, dětský lékař a dětská sestra. Musí být připraveny pomůcky k neodkladné resuscitaci novorozence přímo na sále. Je nutný souhlas rodičky s vaginálním vedením porodu.

Vedení porodu císařským řezem je doporučeno:

- při odhadu hmotnosti plodu nad 3500 gr., u multipar nad 3800 gr.
- při patologickém držení plodu
- po prodělané operaci na děloze nebo při myomatózní děloze

2.4 Císařský řez

Operace císařským řezem patří k nejstarším operacím na světě, první dochované zmínky o ní pocházejí již ze starověku. Dříve byla operace prováděna jako metoda poslední volby, úmrtnost matky i dítěte byla téměř 100%. Postupně, s vývojem medicínských poznatků se stala plnohodnotnou součástí porodnické operační péče.

2.4.1 Indikace k císařskému řezu

Základní dělení:

řez plánovaný - primární - je indikován již v těhotenství, provádí se plánovaně

řez sekundární - akutní

Indikace k porodu císařským řezem

fetopelvicý nepoměr

Hodnotí se změny na pánvi - deformity - dříve převažovaly deformity z důvodů nemocí, dnes jsou nejčastější deformity poúrazové. Zúžení pánve může být hraniční, může být změna v pánevní ose. Hodnotí se velikost všech pánevních rovin. Důležitá je velikost hlavičky plodu.

vcestné překážky pro vaginální vedení porodu

Překážky mohou způsobit různé patologické procesy v pánvi - tumory, myomy, svalek, tumory ovaria nebo rekta.

překážky a změny v měkkých porodních cestách

Patří mezi ně stenózy děložního hrdla po plastických úpravách, po cerclage, varixy pochvy nebo vulvy, septa, stenózy pochvy.

stavy po operacích dělohy a v malé pánvi

vcestná placenta

předčasné odlučování placenty

prodloužené těhotenství, pokud těhotná nereaguje na opakovanou indukci porodu

dlouho odteklá plodová voda

Zde vzniká nebezpečí infekce

horečka za porodu

celková onemocnění žen

Patří sem těžší onemocnění, nebo zhoršující se během těhotenství - diabetes mellitus, hypertenze, nemoci srdce, plic, ledvin, křečové stavy, onemocnění cév, oční indikace.

nepravidelné uložení plodu

Patří sem polohy příčné, šikmé, deflexní, naléhání a výhřez ručky při poloze podélné hlavičkou, vysoký přímý stav. U polohy koncem pánevním se postupuje podle doporučení perinatologické společnosti

akutní a chronická hypoxie plodu, retardace růstu plodu

naléhání a výhřez pupečníku

těžký stupeň Rh isoimunizace s anémií plodu

herpes genitalis

vícečetné těhotenství

Zde záleží na velikosti a uložení plodů.

sdružené indikace

Mezi tyto indikace patří např. věk těhotné, léčená sterilita, předchozí potraty, předčasný porod

žena umírající a mrtvá

U mrtvé ženy může plod v děloze přežít 20 minut

2.4.1.1 Nejčastější indikace v roce 2006:

hypoxie

iterativní císařský řez

dystokie

poloha KP

vícečetná těhotenství

2.4.2 Frekvence porodů císařským řezem

Frekvence výskytu porodů císařským řezem se v naší republice celkově zvyšuje, stejný trend je patrný i v Evropě. V roce 1997 rodilo císařským řezem 11,9 % žen, v roce 2000 13 %, 2004 16,6 %, v roce 2006 bylo v ČR provedeno 19746 císařských řezů, což je 18,9 % všech porodů.

2.4.2.1 Příčiny zvyšování frekvence císařských řezů

příčiny mateřské:

Stoupá počet primipar nad 30 let s rizikem neporodnické choroby. Z velké části jsou to ženy s abnormálním průběhem těhotenství nebo s neúspěšnými předchozími těhotenstvími. Takové matky se často obávají porodu a naléhají na ukončení porodu císařským řezem.

příčiny ze strany plodu:

Stále více porodů v poloze dítěte KP se rodí císařským řezem - ženy nechtějí podstupovat riziko vaginálního porodu. Další skupinou jsou děti s nízkou porodní hmotností, děti z vícečetných těhotenství (počet vícečetných těhotenství stoupá s úspěšností umělých oplodnění žen), děti v malpozicích.

příčiny ze strany lékaře:

Nejčastěji jde o malou zkušenost lékaře s vedením nefyziologicky probíhajícího porodu a obava z důsledků špatně vedeného vaginálního porodu. Lékař může podlehnout i nátlaku pacientky nebo otce dítěte.

2.4.3 Provedení operace

2.4.3.1 Anatomie dělohy

Děloha je dutý svalnatý orgán, má hruškovitý tvar a je lehce předozadně oploštělá. Hmotnost je přibližně 50 gr., délka 8 cm, šířka na nejširším místě asi 5 cm, předozadní průměr 2-3 cm.

tloušťka stěny 10-15 mm. U žen, které již rodily jsou rozměry o něco větší. Děloha se lehce zvětšuje během menstruace, během těhotenství se mnohonásobně zvětší, na konci těhotenství vyplňuje téměř celou břišní dutinu.

Zevní tvar dělohy

Tělo děložní - corpus uteri

- jeho horní okraj je nejširší část dělohy, kaudálním směrem se zužuje. Jeho přední stěna naléhá na močový měchýř, na zadní stěnu naléhají kličky tenkého střeva. V místech přechodu děložních hran do fundu děložního vybíhají z děložního těla děložní rohy, ve kterých vstupují do dělohy vejcovody.

Hrdlo děložní - cervix uteri

- je kaudální zúženou částí dělohy, ke které přirůstá pochva. Dolní část hrdla vyčnívá do pochvy jako čípek, který je dlouhý asi 1 cm. Na vrcholu čípku se otevírá zevní děložní branka.

Isthmus uteri

- je zúžený úsek mezi tělem a hrdlem děložním, dlouhý asi 1 cm. Během těhotenství se stává součástí dolního děložního segmentu.

Dolní děložní segment

- se začíná vytvářet ve 4. měsíci těhotenství. Na konci těhotenství je plně vyvinut a dosahuje výšky 8-10 cm. Od horního děložního segmentu se liší tenčí stěnou.

Děložní dutina

Uvnitř dělohy je dutý prostor, který má kapacitu do 3 ml. Prostor je rozdělen do 3 oddílů, z nichž prostor v děložním těle je největší. Délka děložní dutiny je 6-8 cm.

Stavba děložní stěny

Stěna děložní má 3 vrstvy:

vnitřní děložní sliznice - endometrium je tvořena epitelem a slizničním vazivem. Epitel je jednovrstevný cylindrický, obsahuje sekreční buňky s řasinkami. Slizniční vazivo je řídké a bohaté na buňky. Endometrium prodělává u dospělé ženy ve fertilním věku hormonálním vlivem cyklické změny označované jako menstruační cyklus.

svalová vrstva - myometrium je nejsilnější vrstvou děložní stěny, je uspořádána do několika vrstev z hladké svaloviny. Svalové pruhy jednotlivých vrstev do sebe částečně přecházejí, vrstvy jsou navzájem propojeny. Svalové buňky během těhotenství hypertrofují, jejich stahy při porodu umožňují vypuzení plodu.

zevní serózní vrstva - perimetrium je pevně spojena se svalovou hmotou, přechází z přední strany dělohy na močový měchýř, ze zadní strany dělohy na zadní poševní klenbu a na konečník.

2.4.3.2 Podmínky pro provedení císařského řezu

Před vlastní operací je kromě výsledků předoperačních laboratorních vyšetření důležité znát vaginální nález pro odhad rozvinutí dolního děložního segmentu. Je nutné znát uložení plodu - polohu, postavení, u polohy podélné pánevní rovinu, ve které se nalézá velká část plodu. Výhodné je znát i umístění placenty.

2.4.3.3 Technika provedení

2.4.3.3.1 Volba kožního řezu - laparotomie

dolní střední laparotomie - řez ve střední čáře

Používá se méně často, volí se v urgentních situacích, v situacích, kde je vyžadován větší prostor nebo např. u obézních žen.

příčný suprapubický řez vedený poloobloukovitě - řez podle Pfannenstiela

V současnosti je nejčastěji používaným řezem, má nejlepší kosmetický pooperační efekt. Velikost řezu se přizpůsobuje situaci - předchozí jizvě, velikosti hlavičky. Při příliš krátkém řezu mohou nastat obtíže při vybavování hlavičky plodu.

2.4.3.3.2 Volba řezu na děloze - hysterotomie

Transverzální řez podle Gepperta je nejčastěji používaným řezem v dolním segmentu, respektuje průběh svalových vláken. Výška řezu se přizpůsobuje dilataci děložního hrdla nebo branky.

U- řez v dolním segmentu - jeho provedením se získá více prostoru pro vybavení plodu.

U - řez vysoký je vhodné použít pro plody s nízkou porodní hmotností

T - řez - při obtížném vybavování hlavičky je někdy nutné rozšířit původní řez podle Gepperta ostře kraniálně, jde o operační komplikaci.

Korporální řezy mají v současnosti omezené indikace, používaly se u malých plodů, při odteklé plodové vodě, při příčné poloze, u iterativních řezů. Při těchto indikacích se dnes používá vysoko položený U- řez.

2.4.3.3.3 Postup operace u císařského řezu dle Gepperta

Po laparotomii je prostřížena vesikouterinní plika, sesunut močový měchýř, následuje uterotomie, vybavení plodu a placenty. Pokračuje se revizí dutiny děložní manuálně nebo kyretou, následuje sutura svaloviny, možná je sutura vesikouterinní pliky, uzavření dutiny břišní po vrstvách. Kůže se obvykle šije intradermálním stehem.

2.4.3.3.4 Technika Misgav- Ladach

Název této techniky je odvozen od názvu nemocnice v Jeruzalémě, kde byla tato technika v roce 1983 uvedena do praxe. Účelem této techniky, která je založena na principech chirurgického minimalismu, je snížit časovou a ekonomickou náročnost operace a

minimalizovat rizika pro rodičku a novorozence. Základem techniky je tupá preparace, použití co nejmenšího počtu nástrojů. Při správné technice dochází k minimálnímu krvácení. V menší míře se používá šití.

2.4.4 Anestézie během operace

2.4.4.1 Celková anestézie

Indikace k celkové anestézii:

stavy tísně plodu, hypovolemie nebo koagulopatie matky, selhání nebo odmítnutí regionální anestézie

Výhody celkové anestézie:

- rychlost nástupu
- svalová relaxace a tím výborné podmínky pro operatéra
- menší riziko hypotenze
- lepší zabezpečení dýchacích cest
- dobrá možnost regulace

Nevýhody celkové anestézie:

- riziko zvracení a následné aspirace v úvodu anestézie
- hypoxie při obtížné intubaci
- utlumení plodu vlivem podaných anestetik
- útlum imunity vlivem anestetik
- ochuzení ženy o emocionální zážitek při narození dítěte

2.4.4.2 Regionální anestézie

Jako regionální anestezii označujeme neuroaxiální blokády - blokády míšních nervů aplikací anestetika.

technika blokad:

spinální (subarachnoidální) anestezie - je nejčastěji používaná (80 % blokad)

epidurální anestézie

kombinovaná spinální a epidurální anestézie - používá se nejméně (cca 5 %)

Odborné indikace regionální anestézie:

předpoklad obtížné intubace, těžké astma, maligní hypertermie

Výhody regionální anestézie:

- menší krevní ztráty
- menší ovlivnění plodu anestetiky
- nižší riziko TEN
- není ovlivněno vědomí rodičky, žena může sledovat dítě hned po narození
- časnější mobilizace
- eliminace problémů s intubací, menší riziko aspirace

Nevýhody regionální anestézie:

- časová prodleva do nástupu účinku - u epidurální do 10-20 min., u spinální do 5 min.
- pokles krevního tlaku s následnými nižšími průtoky krve placentou a ohrožením plodu hypoxií

Volba druhu anestézie je vždy individuální, neexistuje žádné doporučení odborné společnosti pro volbu anestézie při porodu s.c.

2.4.5 Komplikace císařského řezu

Komplikace anesteziologické

Jsou vzácné, např. aspirace zvratků nebo laryngospasmus. Po regionální anestézii je to bolest hlavy, která je způsobena únikem mozkomíšního moku, nebo hypotenze.

Infekční komplikace

Jsou častější z důvodu komunikace břišní dutiny s pochvou během operace. Pochva může být osídlena patogeny, které mohou přestoupit do dělohy i do břišní dutiny. Léčí se ATB.

Infekce laparotomické rány

Je méně závažná, léčí se lokálně, nebo i celkově podáním ATB

Kompletní dehiscence laparotomie

Je vzácná, často souvisí s chybnou operační technikou

Komplikace krvácivé

Subfasciální hematom

Vzniká po nedostatečném ošetření přerušených cév přímých svalů břišních. Vyšší riziko vzniku je při laparotomii podle Pfannenstiela. Klinicky se projevuje subfebriliemi, anemizací a bolestivým vyklenutím v oblasti operační rány. Diagnóza se stanovuje palpačně a pomocí ultrazvuku. Léčba je pomocí revize operační rány, evakuace hematomu a následnou drenáží.

Další krvácivé komplikace

Patří sem hematom při nedostatečně ošetřené uterotomii, hemoperitoneum.

Peroperační komplikace

K vážným peroperačním komplikacím patří natržení arteria uterina, ruptura dolního děložního segmentu, děložní hypotonie, poruchy při vybavování patologicky uložené placenty.

Poranění vnitřních orgánů

Vzácně může dojít k poranění močového měchýře, močovodů nebo střeva.

Embolie

Plicní embolie - riziko je poměrně velké, těhotenství je trombofilní stav. Z tohoto důvodu se klade velký důraz na prevenci TEN aplikací nízkomolekulárních heparinů, bandáží dolních končetin a včasnou mobilizaci po porodu.

Embolie plodovou vodou - komplikace je vzácná, ale vážná. Nelze ji dopředu předpokládat. Spolu s klasickými příznaky embolie se rozvíjí příznaky diseminované intravaskulární koagulace.

Poranění plodu

K nejčastějším poraněním patří řezné rány způsobené skalpelem. K raritním poraněním patří fraktury dlouhých kostí a luxace při obtížném vybavování plodu.

Zapomenutý předmět v břišní dutině

Prevencí je důsledná kontrola roušek a nástrojů i při vypjatých situacích.

2.5 Základní údaje o pacientce

jméno a příjmení : K. M.

věk: 34 let

povolání: ekonom

rodinný stav: vdaná

kontaktní osoba: manžel Miroslav

datum přijetí: 4.11.2008

datum propuštění: 11.11.2008

oslovení: paní M.

Rodinná anamnéza:

matka: onemocnění štítné žlázy

otec: zdrav

otec dítěte: zdrav

Osobní anamnéza:

běžné dětské nemoci (příušnice, plané neštovice, spalničky)

toxoplazmoza v roce 1993

operace a úrazy: appendektomie v roce 1990 s hnisavými komplikacemi

alergie: neudává

léky: neužívá žádné

transfúze: žádné

návykové látky: neudává

Sociální anamnéza:

bydlí s manželem v rodinném domku, pracuje jako ekonomka, nyní na mateřské dovolené

Gynekologická anamnéza:

menstruace od 13 let, pravidelná po 28 dnech, délka krvácení 5 dní

perorální hormonální antikoncepci užívala 17 let

Předchozí těhotenství:

jedná se o první těhotenství

Nynější těhotenství:

probíhalo bez obtíží

pravidelné kontroly u obvodního gynekologa od 8. týdne těhotenství, počet kontrol 9,

pravidelné kontroly ultrazvukem od 8. týdne - bez zjištěných patologií

užívala per os Calibrium - multivitaminový přípravek, kyselinu listovou

vaginálně Gynopevaryl, Macmiror dle kultivací

laboratorní vyšetření:

BWR: negativní

HIV: negativní

HBsAg negativní

krevní skupina: A Rh+

váhový přírůstek: 17 kg

termín porodu: 20.11.2008

2.6 Průběh hospitalizace

Stav při příjmu:

v 7:55:

paní M. byla přijata v 37.týdnu těhotenství s děložními kontrakcemi po 5 minutách, lehce špinila, pohyby cítila, plodová voda zachovalá

výška: 156 cm

hmotnost: 81 kg (před těhotenstvím 64 kg)

TK: 140/90

P: 80/min.

TT: 36,9°C

Orientační chemické vyšetření moče: negativní

otoky DK nemá, varixy nemá

pánev: distancia bispinalis:	25 cm	(obvykle 26 cm)
distancia bicristalis:	28 cm	(obvykle 29 cm)
distancia bitrochanterica:	30 cm	(obvykle 32 cm)
conjugata externa.:	17 cm	(obvykle 20 cm)

vnější pánevní rozměry se měří pelvimetrem na počátku těhotenství u prvorodiček

CTG bez patologií

poloha plodu: KP řitní, velikost plodu biometricky odpovídá 38+4.t.t.

Plánovaný porod per sectionem caesaream pro hraniční pánevní rozměry a možný kefalopelvický nepoměr.

předoperační laboratorní vyšetření krve:

biochemie:

kreatinin	52 µmol/l	norma 44 - 80
urea	4,2 mmol/l	norma 2,5 -8
albumin	38,9 g/l	norma 36 - 54
AST	0,69 µkat/l	norma 0,30 – 0,60
ALT	0,78 µkat/l	norma 0,25 – 0,70
bilirubin	6 µmol/l	norma 5 - 20
natrium	137 mmol/l	norma 137 - 146
kalium	4,5 mmol/l	norma 3,6 -4,9
chloridy	102 mmol/l	norma 97 - 108
CRP	9,2 mg/l	norma 0 -5,0

krevní obraz:

leukocyty:	12,9 10 ⁹ /l	norma 3,9 – 10
erytrocyty:	4,6 10 ¹² /l	norma 3,6 – 5,0
hemoglobin:	141 g/l	norma 120 - 160
hematokrit:	0,416	norma 0,340 – 0,460

koagulace:

D Dimery	700 ng/ml	norma do 500 ng/ml
APTT:	35,3 s	norma 25 – 39 s
INR:	0.92 m.j.	norma 0,9 - 1,2
AT III:	101 %	norma 75 – 125 %
Quick t.:	11,9 s	norma 11 – 13 s
fibrinogen:	7,0 g/l	norma 2 - 4 g/L

paní M. byla zavedena i.v. kanyla na předloktí LHK, provedena bandáž dolních končetin, byla oholena, bylo provedeno očistné klyzma

pacientka byla poučena o operaci, podepsala informovaný souhlas

ozvy plodu byly pravidelné, v rozmezí 130 - 149/min.

v 10:10 byla provedena dirupce vaku blan, otekla čirá plodová voda

byl zaveden Foleyův močový katétr

byla vyšetřena anesteziologem a připravena na celkovou anestézii

Porod sectio caesarea per Geppert proběhl od 11:00 do 11:25 v celkové anestézii.

Operační řez byl veden podle Pfannenstiela. Plod mužského pohlaví - hmotnost 2630 gramů, délka 48 cm byl vybaven koncem pánevním a byl předán křičící pediatrovi (Apgar skóre 9-10-10). Krev z pupečníku byla odebrána na Astrup (normální hodnoty). Po aplikaci uterotonika byla vybavena placenta. Děloha byla uzavřena ve dvou vrstvách. Po revizi dutiny břišní byla dutina břišní uzavřena a kůže sešita intradermálním stehem. Ztráta krve byla 400 ml, moč odváděná katétrem byla čirá. Byl aplikován Fragmin 5000 IU s.c. jako prevence TEN.

Dítě Jakub bylo zhodnoceno jako hraničně zralý novorozenec a bylo ošetřeno na novorozeneckém boxu za přítomnosti otce.

Po ošetření dítěte a probuzení paní M. z narkózy před převezením na oddělení JIP bylo dítě krátce přiloženo k prsu pro časný nástup laktace.

0. den:

Paní M. byla převezena na oddělení JIP ve 12 hodin k zajištění pooperační péče, zde bylo kontrolováno vědomí, krvácení z dělohy, děložní retrakce, operační rána, měřeny fyziologické funkce, saturace krve kyslíkem pomocí pulsní oxymetrie. Sledoval se příjem a výdej tekutin. Byla podávána infusní terapie dle ordinace lékaře. Dětské sestry přikládali 1x malého Jakuba k prsu.

medikace:

infúze : Hartmanův roztok

Oxytocin 5 m.j. do infúze

Dipidolor 1 ampule i.v. při bolesti

Dieta: tekutá

FF:

sat.O₂: 94-95% (norma 92 - 100 %)

P: 78 - 82/min.

TK: 120/70 - 135/80

D: 20 - 22/min.

TT: 36,8 - 37,2 °C

bilance tekutin:

příjem: 2400 ml

výdej: 1400 ml

bolest: na hodnotící stupnici 0 - 10 : 2,5 - 4

1. pooperační den:

byla ukončena infúzní terapie, byla kontrolována děložní involuce (fundus děložní dosahoval k pupku) a krvácení, paní M. byla vertikalizována, nadále byl sledován příjem a výdej tekutin, měřeny fyziologické funkce, sledována bolest, dítě bylo nošeno na kojení, ale bylo spavé a příliš aktivně nesálo, v odpoledních hodinách byla pacientka přeložena na oddělení šestinedělí. Rána byla klidná, ale bolestivá.

medikace:

infúze: Ringerův roztok

Oxytocin 5.m.j. do infúze

Dipidolor 1 amp. i.m. při bolesti

Fragmin 5000 m.j. s.c.

Dieta: kašovitá

FF:

P: 70 - 74/min.

TK: 120/70 - 128/70

TT: 36,5 - 36,7 °C

bilance tekutin

příjem: 4000 ml

výdej: 3900 ml

bolest: 2,5 - 4

2. pooperační den:

byla odstraněna i.v kanyla, odstraněn močový katétr - pacientka močí spontánně, dítě bylo přikládáno ke kojení ale zatím nenastoupila laktace v plné míře a dítě bylo spavé, pacientka vstávala s dopomocí, rána byla klidná, krvácení z dělohy přiměřené.

medikace:

Paralen 1 tbl p.os při zvýšené TT

Novalgin 1 amp. i.m. při bolesti

Fragmin 5000 m.j. s.c.

Dieta: normální strava

vyšetření:

KO: leuko: $12,9 \cdot 10^9 / l$ norma 3,9 – 10,0

ery: $3,4 \cdot 10^{12} / l$ norma 3,6 – 5,0

Hb: 119 g/l norma 120- 160

hemat.: 0,32 norma 0,340 – 0,460

trombo: $291 \cdot 10^9 / l$ norma 150 - 400

FF:

P: 70/min.

TK: 120/80

TT: 37,5 °C po Paralenu 36,8 °C

3. pooperační den:

Paní M. měla zvýšenou bolestivost operační rány, měla ještě problémy při vstávání, s péčí o malého Jakuba ji pomáhali dětské sestry. Pokračovala v rehabilitaci s fyzioterapeutkou.

medikace:

Fragmin 5000 m.j. s.c.

Paralen 1 tbl. p.os při zvýšené TT

Glycerinový čípek p.r.

vyšetření:

Ultrazvuk břicha - normální poporodní nález, hematom v břišní stěně neprokázán.

FF:

P: 62/min.

TK: 110/70

TT: max. 38,5 °C, po Paralenu pokles na 36,7 °C

4. pooperační den:

pacientka byla pohyblivá, měla u sebe malého Jakuba, s péčí o něj jí pomáhala dětská sestra. Byla znovu poučena o správné technice kojení. Laktace se zlepšila, paní M. má zduřelé a bolestivé prsy - přikládá si studené obklady, před kojením prsy nahřívá ve sprše, byla poučena o odstříkávání mléka. Stále trvala zvýšená bolest operační rány, ale rána byla klidná. Krvácení z dělohy bylo přiměřené. Odchod stolice.

medikace:

Fragmin 5000 m.j. s.c.

Paralen 1 tbl. p.os při zvýšené TT

Megamox 1 tbl á 12 hodin p.os

FF:

P: 72/min.

TK: 120/80

TT: max. 38,1 °C, po Paralenu pokles na 36,5 °C

5. pooperační den:

bolestivost prsů polevila, kojení i péče o Jakuba probíhala bez obtíží. Stále zvýšená bolestivost operační rány, ale břicho a operační rána byly bez známek zánětu, krvácení z dělohy bylo přiměřené.

medikace:

Fragmin 5000 m.j. s.c.

Paralen 1tbl p.os při zvýšené TT

Aktiferin ráno a večer 1 tbl.

Megamox 1 tbl á 12 hodin p.os

FF:

P: 74/min.

TK: 120/80

TT: max. 38 °C, po Paralenu pokles na 36,8 °C

vyšetření:

Ultrazvuk břicha:

stěna břišní bez hematomu, žádná volná tekutina v dutině břišní, děloha retrahovaná, dutina děložní šterbinovitá, bez reziduí.

6. pooperační den:

zvýšená bolestivost operační rány odezněla, rána byla nadále klidná, krvácení z dělohy přiměřené. Laktace a péče o Jakuba bez problémů. Odstraněny stehy z operační rány.

medikace:

Fragmin 5000 m.j. s.c.

Megamox 1 tbl á 12 hod. p. os

Aktiferin ráno a večer 1 tbl. p. os

FF:

P: 72/min.

TK: 110/80

TT: 36,9 °C

7. pooperační den:

paní M. byla bez obtíží s normálním poporodním a pooperačním nálezem a je propuštěna domů. Byla poučena o kontrole u obvodního gynekologa po šestinedělí, při obtížích ihned. Pediatrem byla paní M. poučena o návštěvě obvodního pediatra v domácnosti a o péči o Jakuba v prvních dnech doma.

závěr při propuštění:

Partus per sectionem caesaream. Pooperační průběh bez komplikací, pasáž obnovena, močí bez obtíží, DK bez patol. nálezu.

2.6.1 Vyšetření během hospitalizace

základní laboratorní vyšetření:

krvní obraz – před porodem normální výsledky, po porodu lehká anémie

biochemické vyšetření krve – normální hodnoty

srážlivost – zvýšené hodnoty d-dimerů a fibrinogenu

speciální vyšetření:

Bimanuální gynekologické vyšetření

Žena leží v gynekologické poloze, je poučena, aby se uvolnila. Vyšetření se provádí dvěma prsty pravé ruky zavedenými do pochvy. Levá ruka palpuje podbřišek. Při vyšetření se určuje tvar, velikost a citlivost děložního hrdla, velikost, tvar a uložení dělohy a její tonus. Hodnotí se také citlivost dělohy v klidu i při pohybu. U vaječníků se určuje tvar a velikost. Normální je jejich citlivost na dotek.

Kardiotokografie (CTG)

Kardiotokograf zaznamenává současně křivku srdeční akce plodu a křivku děložních kontrakcí. Záznam je tištěn na registrační papír s posunem. Přístroj má současně akustický výstup plodových ozev. Nejčastěji se používá metody zevního monitorování. Na břicho těhotné ženy do míst s maximální slyšitelností ozev se umístí ultrazvukový snímač. U přístroje s dvěma snímači je možno monitorovat dvojčata. Zevní monitoring nemá kontraindikace. U vnitřního monitorování se umísťuje sonda intradermálně speciálním zavaděčem na hlavičku nebo na hýždě plodu. Kontraindikací je včasně lůžko, obličejová poloha nebo neúplný KP.

Hodnocení srdeční frekvence plodu: normokardie 110 - 150/ min. Tachykardie může svědčit pro infekci, hypertermii, stres matky nebo plodu. Tachykardie nad 180/min. může plod ohrozit na životě. Bradykardie svědčí pro hypoxii plodu. Naléhavost bradykardie určuje počet tepů (patologický je pokles pod 100/min.) a časová křivka decelerací.

Ultrasonografie (USG)

Ultrasonografie patří k základním vyšetřovacím metodám v gynekologii a porodnictví. Ultrazvuk jsou zvukové vlny o kmitočtech 16 kHz - 1GHz. V lidském těle se šíří nejčastěji podélným vlněním. Šíří se různě rychle v různě homogenních tkáních. Pro vyšetření v porodnictví se používají sondy transabdominální a transvaginální. V počátku těhotenství se USG používá např. pro potvrzení délky těhotenství, potvrzení vitality plodu, pro diagnostiku vícečetného těhotenství.

Důležité je screeningové vyšetření v 18. - 20.t.t., ve kterém se hodnotí morfologie a biometrie plodu, struktura a uložení placenty, množství plodové vody a stav děložního hrdla. Nejčastější prováděné USG vyšetření je ultrazvuková biometrie, hlavně měření plodu. U plodu se měří velikost plodového vejce, temeno - kostrční délka plodu, biparietální průměr hlavičky, obvod hlavičky, příčný průměr trupu, obvod břicha, délka femuru.

USG má široké uplatnění v celém těhotenství i v šestinedělí.

2.6.2 Použité medikamenty

infuzní roztoky:

Hartmannův roztok, Ringerův roztok:

izotonické infúzní roztoky

indikace: hypovolemie způsobená hemorragickým šokem, popáleninami, ztrátou vody a elektrolytů během operace, mírná metabolická acidóza

farmaka:

Oxytocin:

syntetický přípravek patřící do skupiny hormonů

indikace: indukce a stimulace děložní činnosti v těhotenství a během porodu

(citlivost na oxytocin je maximální v termínu porodu)

zvyšuje uvolňování mateřského mléka

Fragmin:

nízkomolekulární heparin, antikoagulans

indikace: léčba akutní trombózy hlubokých žil a plicní embolie

prevence srážení krve v mimotělním systému při hemodialýze a hemofiltraci

profylaxe tromboembolie v souvislosti s chirurgickým výkonem

léčba nestabilní anginy pectoris a infarktu myokardu

Megamox:

širokospektré antibiotikum

indikace: bakteriální infekce v oblasti krční, nosní, ušní,
dolních dýchacích cest a plic
močového a pohlavního ústrojí
kůže a měkkých tkání

Paralen:

analgetikum, antipyretikum

indikace: snížení zvýšené tělesné teploty
bolesti hlavy, zubů, pohybového ústrojí
chřipková onemocnění
bolestivá menstruace

Aktiferrin:

železo, antianemikum

indikace: nedostatek železa
poztrátová anémie (po operaci, dárcovství krve, skrytém krvácení)
zvýšená potřeba železa v těhotenství, při kojení, v období růstu, v klimakteriu
preventivně u předčasně narozených dětí

Novalgin:

analgetikum, antipyretikum, spasmolytikum

indikace: silná bolest při poranění tkání (úrazy, operace)
bolesti hlavy, zubů, nádorové bolesti
ledvinová kolika, žlučnicková kolika
snížení horečky nereagující na jinou léčbu

Dipidolor:

analgetikum

indikace: velmi silné a silné pooperační a neoplastické bolesti

3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Ošetrovatelský proces je základní metoda poskytování ošetrovatelské péče, vychází z koncepce českého ošetrovatelství. Je vědeckou metodou, která je plně v kompetenci sester. Vždy musí obsahovat holistický přístup k nemocnému a respektovat jeho bio-psycho-sociální potřeby. Vyžaduje aktivní přístup k nemocnému a spolupráci s nemocným. Ošetrovatelský proces je dynamický, má několik fází, které se vzájemně prolínají a doplňují.

3.1 Fáze ošetrovatelského procesu

Zhodnocení nemocného

Obsahem hodnocení nemocného je rozhovor s ním, pozorování, testování a měření. Hodnocení nemocného vychází ze zvoleného ošetrovatelského modelu. Hodnocení má dvě části: ošetrovatelskou anamnézu a zhodnocení současného stavu pacienta. Na základě těchto údajů jsou formulovány ošetrovatelské diagnózy.

Ošetrovatelská diagnóza

Ošetrovatelská diagnóza je výstupem po zpracování informací o nemocném. Vztahuje se k pacientovým potřebám a problémům, které mohou být vyřešeny sestrou. Diagnóza ošetrovatelská se liší od lékařské a vždy vyjadřuje pacientův problém a jeho příčinu. Diagnóza aktuální vyjadřuje již vzniklé problémy pacienta. Potencionální diagnóza vyjadřuje problém, který může s velkou pravděpodobností vzniknout, je to diagnóza riziková.

Ošetrovatelský plán

V plánu je potřeba nejprve stanovit očekávané konkrétní, realizovatelné a měřitelné výsledky ošetrovatelské péče. Dále je potřeba sestavit individuální plán jak těchto cílů dosáhnout.

Realizace plánu

V průběhu realizace plní členové ošetrovatelského týmu naplánované úlohy s cílem shodným v ošetrovatelském plánu. Současně dochází k získávání dalších informací o nemocném, které mohou realizaci plánu pozměnit.

Zhodnocení efektu plánu péče

Abychom poznali, zda celý proces proběhl správně, je třeba jej zhodnotit. Hodnotí se slnění cílu, změření úspěchu poskytnutí péče. Zhodnocením jednotlivých kroků péči můžeme zkorigovat tak, aby lépe vyhovovala měnícím se pacientovým potřebám.

3.2 Model fungujícího zdraví

Pro svou práci jsem si vybrala "Model fungujícího zdraví" Marjory Gordonové

Dr. Marjory Gordon žije a pracuje v oblasti ošetrovatelské péče pro dospělé na Boston College, Chesnut Hill, Massachusetts, USA. Je prezidentkou NANDA. Věnuje se výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování péče. Její model vznikl v 80. letech minulého století a je výsledkem grantu, který financovala federální vláda USA.

Tento model je v současnosti považován za nejkomplexnější model z hlediska holistického pojetí člověka v ošetrovatelství. Lze pracovat s nemocným, ale i se zdravým člověkem - v případě zdravého lze určit potencionální ošetrovatelské diagnózy. Zdravotní stav člověka může být funkční nebo dysfunkční. Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory. U dysfunkčního zdraví stanoví sestra ošetrovatelské diagnózy podle priorit a vytvoří plán ošetrovatelské péče. Základní strukturou tohoto ošetrovatelského modelu je dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka.

Obecná charakteristika jednotlivých oblastí:

Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví

- zahrnuje jak pacient vnímá svůj zdravotní stav, jakým způsobem o své zdraví pečuje, jak si uvědomuje a zvládá rizika spojená se svým zdravotním stavem, jaká je úroveň jeho celkové péče o zdraví

Výživa a metabolismus

- popisuje způsob příjmu jídla a tekutin, denní dobu příjmu jídla a celkové stravovací návyky. Hodnotí se zde výška, hmotnost, tělesná teplota, stav vlasů, kůže nehtů a sliznic.

Vylučování

- zahrnuje informace o způsobu vylučování - močení, defekace, pocení. Hodnotí se pravidelnost, kvantita i kvalita vylučování

Aktivita, cvičení

- popisuje způsoby udržování tělesné kondice, základní denní životní aktivity, dále faktory které brání v provozování aktivit

Spánek a odpočinek

- popisuje způsob spánku, odpočinku a relaxace, dále individuální vnímání potřeby a kvality spánku, způsob usínání a získávání energie spánkem a odpočinkem

Vnímání a poznávání

- popisuje kvalitu a kvantitu smyslového vnímání, eventuálně potřebu kompenzačních pomůcek. Dále se hodnotí úroveň vědomí, bolest, hodnotí se i úroveň kognitivních funkcí

Sebekoncepce a sebeúcta

- popisuje emocionální stav a vnímání pacienta sebou samým. Zahrnuje individuální názor na sebe, vnímání svých schopností a zálib, celkové hodnocení pacienta sebou samým. Hodnotí se i neverbální projevy pacienta, jako je držení těla, způsob pohybu nebo způsob řeči.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

- popisuje způsob přijetí a plnění životních rolí a a úroveň mezilidských vztahů.

Zahrnuje

také individuální vnímání životních rolí a z toho vyplývajících závazků a odpovědnosti

Sexualita a reprodukční schopnost

- popisuje spokojenost v této oblasti a eventuální poruchy v této oblasti

Stres a zátěžové situace

- popisuje nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech, celkový způsob zvládání a tolerance stresových stavů. dále zahrnuje vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace

Víra a přesvědčení, životní hodnoty

- popisuje individuální vnímání životních hodnot a cílů, vše, co je pro pacienta v životě důležité v oblasti víry nebo životních očekávání

Jiné

- popisuje jiné informace, které nebylo možno zařadit do předchozích oblastí

3.3 Ošetřovatelská anamnéza

Některé údaje pro ošetřovatelskou anamnézu jsem získala po přijetí pacientky před porodem, další údaje jsem doplnila 2. den hospitalizace -1.poperační den. Základem anamnézy byl rozhovor s paní M. a moje pozorování. Dále jsem doplnila informace z dokumentace, hovořila jsem s ošetřujícím personálem i s otcem malého Jakuba. Anamnézu jsem vytvořila podle Modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové.

Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví

Paní M. měla velkou radost z narození prvorozeného syna. Věděla téměř jistě, že ji čeká operativní porod, přesto měla strach, jak zvládne po operaci péči o syna a o domácnost. Měla obavy, jak rychle se zvládne vrátit ke svému dřívějšímu životnímu stylu. V období těhotenství se snažila dodržovat zásady zdravé výživy, nepila alkohol ani kávu, nekouřila ani neužívala žádné léky a jiné návykové látky. Pro období laktace má předsevzetí dodržovat zásady zdravého životního stylu pro sebe i pro syna. Přála si, aby hospitalizace byla co nejkratší. Měla negativní zkušenosti z předchozí hospitalizace asi před 5 lety - po appendektomii měla zhoršené hojení operační rány a její pobyt v nemocnici byl prodloužený.

Výživa a metabolismus

Před tím, než paní M. otěhotněla, měla lehkou nadváhu - při 156 cm výšky 64 kg BMI 26,4. Stravovala se spíše nepravidelně, nesnídala, jedla až v práci okolo 11 hodiny. Navečer po příchodu ze zaměstnání měla obvykle velkou chuť k jídlu a snědla více, než bylo vhodné. Po otěhotnění, které bylo plánované a žádoucí se snažila změnit stravovací návyky - začala jíst 5x denně v menších dávkách a více zeleniny a ovoce. Když pominuly nevolnosti v časném stadiu těhotenství, měla paní M. zvýšenou chuť na sladké pokrmy, která jí vydržela až do porodu. Z tohoto důvodu přibrala v těhotenství 17 kg, má obavy, jak se jí je podaří shodit.

Nyní, 1. den po operaci má dietu kašovitou, ale zatím toho příliš nesnědla - nemá chuť k jídlu a tu v ní nevzbuzuje ani "nevábně vypadající" dietní strava. Tekutiny byla zvyklá přijímat v množství cca 3 litry denně, má ráda perlivé minerálky a mírně slazené ovocné limonády nebo zelený čaj. Nyní po operaci přijímá tekutiny v dostatečném množství (tekutiny ještě částečně hrazeny infúzí). Jsou ji doporučeny neperlivé tekutiny z důvodu nebezpečí nadýmání.

Stav vlasů a nehtů je v normě, na kůži na břiše jsou patrné strie. V podbřišku je dominantní cca 10 cm široká jizva v čáře shodné s čarou konce pubického ochlupení (řez podle Pfannenstiela). Rána je klidná, krytá suchými mulovými čtverci.

Vylučování

Potíže s močením v těhotenství neměla, jen z počátku a ke konci těhotenství měla časté nutkání na močení, které je v těhotenství fyziologické. Nyní má zaveden Foleyův močový katétr, který odvádí čistou moč bez zápachu v dostatečném množství (měřena bilance tekutin).

Před otěhotněním měla stolici většinou pravidelnou, někdy se sklonem k zácpě. V těhotenství trpěla zácpou, vyprazdňovala se cca 1x za tři dny, občas si aplikovala glycerinový čípek.

Nyní po porodu ještě stolici neměla a má z první defekace obavy.

Nepotí se, spíše má pocit chladu.

Aktivita a cvičení

Před otěhotněním byla paní M. zvyklá žít aktivním životem. Nikdy nebyla vrcholová sportovkyně, ale sport pro ní byl důležitou součástí života. Kondici si udržovala 2x týdně ve fitness centru cvičením P-class, v létě plaváním, v zimě sjezdovým lyžováním. Také ráda chodila na výlety do přírody a na dlouhé procházky se svým psem. Poslední dvě uvedené aktivity si udržela po celé těhotenství a chce v nich nadále pokračovat, odteď i s malým Jakubem. Je také aktivní v péči o svou zahradu. Jinak ráda čte a chodí do divadla, u obojího preferuje soudobou tvorbu. Nyní po operaci má zatím problém se vstáváním i s osobní hygienou. S obojím jí pomáhají sestry. Má značnou bolestivost operační rány, která je tlumena analgetiky. V aktivitě ji také překáží močová cévka a infúze.

Spánek a odpočinek

Než byla paní M. těhotná, byla zvyklá usínat okolo 23 hodiny. Před spaním si obvykle četla, spala se staženými roletami v co největší tmě. Spala celou noc, vstávala v pracovní dny v 7 hodin, budila se pomocí budíku. O víkendech si byla zvyklá přispat cca do 8:30. V těhotenství neměla problémy s usínáním, ale v ranném stadiu ji budilo nucení na močení a ranní nevolnosti. V pozdějších stádiích přibýly k ranním nevolnostem ještě potíže s usínáním z důvodu rostoucího objemu břicha a nemožností zaujmout oblíbenou polohu ke spánku.

Nyní v nemocnici spí špatně z důvodu bolestivosti operační rány, ztráty soukromí a klidu na spaní. Daří se jí usnout jen po aplikaci analgetik, budí se cca po 3 hodinách.

Vnímání a poznávání

Paní M. potíže se sluchem nemá. Trpí krátkozrakostí - nosí brýle asi od 7. třídy základní školy, na kontrole před půl rokem ji naměřili -2,5 dioptrií. Porucha zraku je stabilní. Dříve paní M. nosila brýle pouze na sledování televize, do kina, divadle nebo při práci na počítači, nyní asi 2 roky je nosí stále. Po probuzení z narkózy negativně vnímala zhoršené vidění, než si mohla nasadit brýle. Vnímání má přiměřené, i když je značně unavená. Orientuje se a rozumí informacím, které dostává od ošetřovatelského personálu.

Sebekoncepce a sebeúcta

Sama sebe paní M. hodnotí spíše jako optimistku, s občasnými chvilkami pesimismu, když se jí něco nepodaří. Svůj optimismus posiluje svými sportovními aktivitami, má ale strach, že teď nebude mít tolik času se jim věnovat. Má také strach, jak se jí podaří "zformovat" své tělo změněné těhotenstvím, které prožila poprvé.

Se svým povoláním - inženýrka ekonomie je spokojená a předpokládá, že se k němu po mateřské dovolené (plánuje být doma asi 2 roky) vrátí.

Role a mezilidské vztahy

Bydlí v rodinném domku se svým manželem, který je pro ní velkou oporou. Do domku se přestěhovali před rokem, hned po jeho dostavění. Před tím bydlela v podnájmu v panelovém domě. Často navštěvovala rodiče v jejich rodinném domku se zahradou. Má dobré vztahy se svým bratrem, který má ženu a dvě děti. Navštěvují s manželem i jeho rodinou v Brně. Stýská se jí po sestře, která žije v USA a navštěvují se pouze jednou ročně. Paní M. i její rodina, stejně jako rodina jejího manžela se těší z narození malého Jakuba a na své nové role v péči o něj.

Sexualita a reprodukční schopnost

Paní M. je vdaná 1 rok, ale před tím s panem M. 5 let chodila. Užívala hormonální antikoncepci. Když se plánovaně s manželem rozhodli založit rodinu, vysadila antikoncepci.

Otěhotnět se jí podařilo po 3 měsících nechráněného pohlavního styku. V těhotenství, mimo ranních nevolností zpočátku těhotenství neměla potíže.

Stres a zátěžové situace

V běžném životě stres zvládá přiměřeně, občasné stresy v práci kompenzuje sportovní aktivitou a podporou své rodiny. V těhotenství měla obavy o jeho zdárný průběh, stres ale byl minimální, protože vše probíhalo fyziologicky. Vše probíhalo s velkou podporou manžela a také obvodní gynekolog paní M. vše vysvětlil. Informace o těhotenství a porodu čerpala i z knih a internetu. Strach z porodu zmírnily předporodní kurzy. Paní M. hodně pomohlo i to, že poznala v rámci předporodních kurzů i prostředí porodního sálu. Že bude porod probíhat s velkou pravděpodobností operativně, věděla asi měsíc před porodem, porodní bolesti ale přišly o něco dříve, to znamenalo zvýšený stres a strach o nenarozené dítě. Po porodu se paní M. ulevilo, že je syn zdravý. Má ale stále strach, aby se něco nepříhodilo v časném poporodním období.

Víra a přesvědčení, životní hodnoty

Paní M. nevyznává žádnou víru, vyrostla v tradiční české rodině a rodina je pro ni v životě hodně důležitá. S manželem plánují ještě další děti, teď se ale musí naučit žít v rolích rodičů. Musí také myslet na materiální zabezpečení - mají hypotéku na dům a příjem paní M. bude na mateřské dovolené chybět. Věří, že vše zvládnou a budou žít spokojeně.

Na základě analýzy všech dostupných informací, které jsem získala rozhovorem s paní M., z lékařské dokumentace, vlastním pozorováním a rozhovorem s nelékařským ošetřujícím personálem jsem stanovila akutní a potencionální diagnózy. Jejich pořadí jsem určila podle stupně důležitosti pro nemocnou a po rozhovoru s ní.

3.4 Ošetřovatelské diagnózy stanovené k 1. pooperačnímu dni

Plán je stanoven na dobu denní směny od 7 do 19 hodin.

- bolest v souvislosti s operační ránou
- porušená tkáňová integrita v souvislosti s operační ránou
- porušená kožní integrita v souvislosti se zavedenou i.v. kanylou
- riziko pooperačních komplikací
- strach o zdraví syna v souvislosti s oddělením od matky
- neefektivní kojení v souvislosti s operativním porodem a se spavostí dítěte
- zhoršená pohyblivost v souvislosti s operačním výkonem
- deficit hygienické sebepéče souvislosti s pooperačním stavem
- únava v souvislosti s poporodním a pooperačním stavem a s nedostatkem spánku

3.5 Krátkodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče

je stanoven k 1. pooperačnímu dni

Bolest v souvislosti s operační ránou

Krátkodobý cíl:

- bolest bude odstraněna nebo zmírněna do 30 minut po podání analgetika

Plán ošetrovateľskej péče:

- pacientka bude seznámena s hodnotící škálou bolesti
- pacientka bude vědět, jak zavolat sestru
- podávat analgetika dle ordinace lékaře
- přikládat na ránu led
- vést dokumentaci o bolesti

Realizace a hodnocení:

Pacientka pociťovala v místě operační rány bolest, kterou hodnotila jako ostře bodavou, trvalého charakteru. Bolest se zhoršovala při pohybu nebo při kašli. Paní M. byla seznámena s hodnotící škálou bolesti, umí ji používat. Ráno byla naměřena intenzita bolesti 4. Po i.m. aplikaci analgetik dle ordinace lékaře se bolest zmírnila na hodnotu 2. Dále jsem přiložila na ránu ledový obklad. Pacientka popsala obklad jako příjemný, vedl k dalšímu útlumu bolesti.

Poučila jsem pacientku o úlevové poloze na boku. Bolest byla intenzivnější při kašli, doporučila jsem jí při nutnosti kašle si lehce ránu stlačit rukou nebo polštářem. Ránu si chránila polštářem také při přikládání malého Jakuba ke kojení. Po 6 hodinách jsem znovu zhodnotila bolest pomocí pravítka s hodnotící škálou bolesti. Pacientka zhodnotila bolest jako intenzitu 4, čemuž odpovídalo i chování pacientky, proto bylo znovu aplikováno analgetikum dle ordinace lékaře, bolest ustoupila po 20 minutách na úroveň 1,5. Paní M. měla stále k dispozici signalizační zařízení, aby mohla kdykoliv zavolat sestru. Večer byla znovu zhodnocena bolest, byla naměřena intenzita 2, analgetikum nebylo aplikováno, bolest se dařila zvládat přikládáním obkladu s ledem. Paní M. byla také poučena o prognóze bolesti - bolest by měla 2. pooperační den ustupovat. Cíl byl splněn, bolest se dařilo s pomocí analgetik zvládat.

Porušená tkáňová integrita v souvislosti s operační ránou

Krátkodobý cíl:

- rána bude klidná, zakryta sterilním krytím, které nebude prosakovat

Plán ošetrovateľskej péče:

- kontrolovat stav operační rány po 3 hodinách
- při sekreci, otoku nebo zarudnutí hlásit změny lékaři

Realizace a hodnocení:

Operační ránu jsem pravidelně kontrolovala, neobjevila se žádná sekrece ani jiné změny, rána byla kryta suchými sterilními mulovými čtverci. Bolestivost rány ustoupila po podání analgetik dle ordinace lékaře. Cíl byl splněn.

Porušená kožní integrita v souvislosti se zavedenou i.v. kanylou

Krátkodobý cíl:

- i.v. kanyla bude průchodná
- okolí vpichu nebude oteklé ani zarudlé
- krytí bude správně přiloženo, bude suché

Plán ošetrovatelské péče:

- kontrolovat zavedení a průchodnost kanyly při každé výměně infúzní láhve
- 2x denně kontrolovat krytí
- 1x denně krytí kanyly vyměnit
- poučit pacientku o příznacích paravenózního podání infúze

Realizace a hodnocení:

Paní M. jsem poučila o příznacích paravenózního podání infúzního roztoku - bolest, otok, zčervenání. Pomohla jsem jí vyhledat vhodnou polohu horní končetiny. Po ukončení infúzní léčby jsem kanylu zajistila heparinovou zátkou, zkontrolovala místo vpichu a aplikovala nový krycí obvaz. Zároveň jsem zajistila kanylu proti uvolnění. Pacientka byla

poučena, jak se chovat při zavedené kanyle. Cíl byl splněn a průchodnost kanyly zajištěna, krytí je přiloženo správně.

Riziko pooperačních komplikací

Krátkodobý cíl:

- včasné rozpoznání pooperačních komplikací

Plán ošetrovatelské péče:

- sledování fyziologických funkcí a stavu vědomí
- sledování bolesti
- sledování bilance tekutin
- sledování operační rány a invazivních vstupů
- kontrola krvácení z dělohy
- rehabilitace pacientky

Realizace a hodnocení:

Pacientka byla při vědomí, po aplikaci analgetik byla lehce utlumená. Fyziologické funkce byly měřeny po 2 hodinách a byly zaznamenány do dokumentace. Tepová frekvence se pohybovala mezi 70 - 74/min., což jsou normální hodnoty. Dechová frekvence byla v normě. Krevní tlak se pohyboval v rozmezí 120/70 - 128/70, což jsou také normální hodnoty. Tělesná teplota byla normální. Bolestivost operační rány byla tlumena analgetiky dle ordinace lékaře. Bolest jiných částí těla než operační rány pacientka neudávala. Moč odcházela permanentním močovým katétrem, který byl spojen s močovým sáčkem uzavřeným systémem, a její vzhled byl čirý. Bilance tekutin byla vyrovnaná, turgor kožní byl přiměřený, barva kůže normální. Jako prevence tromboembolických komplikací byl pacientce aplikován Fragmin dle ordinace lékaře. Pacientce byly také ponechány bandáže dolních končetin. Prováděla dechová cvičení a cvičení dolními končetinami na lůžku.

Vstávala z lůžka 1x dopoledne a večer chodila s dopomocí okolo lůžka. Krvácení z dělohy bylo přiměřené. Operační rána byla převázána - okolí rány bylo klidné, bez známek zánětu. Periferní žilní katétr byl také převázán - okolí vpichu bylo klidné, katétr byl volně průchodný.

Při ošetřování rány a invazivních vstupů byla důležitá hygiena rukou - hygienická dezinfekce pomocí alkoholového dezinfekčního přípravku.

Cíl byl splněn, nebyly rozpoznány žádné pooperační komplikace.

Strach o zdraví syna v souvislosti s oddělením od matky

Krátkodobý cíl:

- pacientka bude mít dostatek informací o zdravotním stavu syna
- bude zajištěn dostatečně častý kontakt s dítětem
- nebude mít strach o zdraví dítěte

Plán ošetrovatelské péče:

- zprostředkovat informace od dětského lékaře
- zajistit informace od dětské sestry
- zajistit kontakt s dítětem minimálně každé 3 hodiny

Realizace a hodnocení:

Paní M. byla zneklidněna, jak to vypadá se zdravotním stavem malého Jakuba. Dětská lékařka jí podala informace po vizitě, dětská sestra ji informovala o ošetrovatelských Jakub je spavý a má problémy s udržení tělesné teploty – na novorozeneckém oddělení je uložen na vyhřívacím lůžku. Na kojení musí mít kabátek a čepičku a nemůže být mimo vyhřívané lůžko příliš dlouho. Paní M. to zneklidňuje i když má informace, že při mírné nezralosti

dítěte může k těmto obtížím docházet. Při každém kontaktu s dítětem paní M. projevuje obavy o zdárnou adaptaci dítěte. Stále není klidná a má strach o zdraví syna. Cíl nebyl splněn.

Neefektivní kojení v souvislosti s operačním porodem a se spavostí dítěte

Krátkodobý cíl:

- dítě bude efektivně sát
- po kojení bude klidné a spokojené
- matka bude umět dítě správně přiložit s pomocí sestry
- bude se cítit při kojení dobře, kojení nebude bolet

Plán ošetrovatelské péče:

- dítě bude pravidelně nošeno na kojení
- bude správně přiloženo
- poučit matku bude poučena o správném přiložení
- poučit matku o vhodných polohách na kojení po císařském řezu

Realizace a hodnocení:

Malý Jakub je nošen na kojení po 3 hodinách. Je spavý a má problém s udržení dostatečné tělesné teploty. Na kojení se sám nevzbudí. Na kojení 1. den po císařském řezu je doporučena poloha na zádech s lehce zvednutou horní částí těla, dítě leží na matce, pro pohodlnou polohu si matka podloží horní končetiny polštáři. Na aktivizaci dítěte je vhodné šimrání na plosce nohy. Na vyvolání hledacího reflexu je doporučeno dráždění okolí úst dítěte bradavkou matky. Efektivní je také kápnout trochu mléka na rty dítěte. Toto nemůže být ještě uplatněno, protože paní M. ještě nemá mléko. Malý Jakub se přisává obtížně – je spavý. Matka s pomocí dětské sestry ho povzbouzejí v aktivitě. Při odpoledním kojení je Jakub již aktivnější a saje 10 minut z každého prsu (do doby plné laktace se přikládá dítě

při každém kojení k oběma prsům). Po kojení je spokojený i když při vážení se neukázalo žádné množství vypitého mléka. Matka má z kojení dobrý pocit i když laktace ještě nenastoupila. Cíl byl splněn.

Zhoršená pohyblivost v souvislosti s operačním výkonem

Krátkodobý cíl:

- pacientka večer přejde sama od lůžka k umyvadlu na pokoji a zpět

Plán ošetrovatelské péče:

- poučit pacientku, jak se pohybovat na lůžku
- poučit pacientku, jak má postupovat při vstávání z lůžka
- pomáhat při vstávání z lůžka

Realizace a hodnocení:

Paní M. doposud nevstávala. Prováděla dechová cvičení v rámci rehabilitace a cvičení dolními končetinami. Na lůžku se pohybuje obtížně, má problémy najít vhodnou polohu na kojení dítěte. Byla poučena o možnostech pohybu na lůžku a o úlevových polohách. Na kojení jí byl doporučen speciální polštář ve tvaru podkovy. Dopoledne se s pomocí fyzioterapeutky postavila k lůžku. Byla poučena, že pokud bude chtít sama vstát, je nutné postupovat pomalu, aby se předešlo mdlobám z rychlé vertikalizace. Během odpoledne sama vstala z lůžka. Mezitím pravidelně pokračovala v dechových cvičeních a v procvičování dolních končetin. Na lůžku se pohybovala s jistotou. Večer s pomocí sestry zkusila dojít k umyvadlu. To se jí podařilo, i když byla zpočátku nejistá. Cíl byl splněn, pacientka došla k umyvadlu a provedla základní hygienu.

Deficit hygienické sebepéče v souvislosti s pooperačním stavem:

Krátkodobý cíl:

- ráno provede hygienu na lůžku
- večer provede hygienickou péči samostatně

Plán ošetrovatelské péče:

- pomoc se základní hygienou podle potřeb pacientky
- zajištění pomůcek k hygienické péči
- návrat k sebepéči dle možností pacientky

Realizace a hodnocení:

Ráno jsem paní M. po probuzení přinesla k lůžku umyvadlo s vodou. Upravila jsem lůžko do polohy v polosedě a paní M. provedla sama hygienu horní části těla. Potřebovala dopomoc při posazování. Dále si vyčistila zuby a učesala se. Hygienickou péči o genitál sama nebyla schopna zvládnout - byl jí proveden oplach genitálu na lůžku pomocí irigátoru na podložní míse. Po ranní hygieně dostala čistou košili a bylo jí upraveno lůžko - vyměněna podložka z důvodu ušpinění. Během dne si paní M. otírala obličej a ruce hygienickými vlhčenými ubrousky. Ústa si vyplachovala ústní vodou. Genitál jí byl opakovaně opláchnut na lůžku.

Večer po zlepšení pohyblivosti provedla paní M. hygienu samostatně u umyvadla v pokoji. Cíl byl splněn, pacientka udávala i lepší psychickou pohodu po samostatně provedené hygieně.

Únava v souvislosti s poporodním a pooperačním stavem a s nedostatkem spánku

Krátkodobý cíl:

- pacientka bude chápat příčinu únavy
- pacientka bude znát možnosti relaxace
- bude jí umožněn nerušený odpočinek alespoň 3 hodiny nepřetržitě

Plán ošetrovatelské péče:

- vysvětlit přechodnost únavy
- pomoci najít vhodnou relaxační techniku
- nerušit pacientku hlukem a zbytečnými ošetrovatelskými úkony

Realizace a hodnocení:

Pacientka si stěžovala na velkou únavu. Vysvětlila jsem jí, že únava po operaci je normální a že bude pomalu ustupovat. Vysvětlila jsem jí také, že je zvýšeně unavená i po aplikaci analgetik, které mají i sedativní účinek. Paní M. si také stěžovala na nedostatek klidu a soukromí. Úplný klid se vzhledem k pooperačnímu oddělení nedařil zajistit, i když se všichni personál snažil mluvit polohlasem aby pacientky zbytečně nebyly rušeny. Jako vhodnou relaxační techniku paní M. akceptovala poslech relaxační hudby pomocí sluchátek z hudebního přehrávače. Úkony nutné v souvislosti s pooperačním stavem a nošení malého Jakuba na kojení neumožnily paní M. nepřetržitý tříhodinový odpočinek po celý den. Spala po obědě asi hodinu, což sama hodnotila jako nedostatečné.

Cíl nebyl splněn.

3.6 Dlouhodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče

2. pooperační den ráno byla paní M. přeložena na standardní oddělení pro šestinedělky. Byla jí odstraněna i.v. kanyla a močový katétr. Zvláště odstranění močového katétru paní M. přivítala s radostí - jeho zavedení vnímala jako nepříjemný zásah. Nadále močila spontánně a bez obtíží. Dále byly zrušeny bandáže dolních končetin. Při vstávání se ještě cítila slabá a

nejistá, byla si jistější, když jí byla nápomocná sestra. Z rány byl odstraněn krycí obvaz a byla ponechána volná. Odpoledne došla do sprchy a osprchovala se. Po sprše se cítila unavená, ale osvěžená. Malý Jakub ještě pro slabost matky zůstal v péči dětských sester, ale byl pravidelně kojen. Laktace začala nastupovat, Jakub vypil opakovaně 10 ml mléka. Na kojení ho bylo potřeba budit a povzbuzovat ho v pití. Odpoledne měla paní M. lehce zvýšenou teplotu (37,5°C), po podání 1 tbl. Paralenu teplota klesla na normál. Byl jí proveden kontrolní krevní obraz s nálezem lehké anémie.

3. pooperační den se již pohybovala s větší jistotou. Pacientka udávala zvýšenou bolestivost operační rány. Rána byla klidná, byl proveden kontrolní ultrazvuk s normálním poporodním nálezem. Od rána má u sebe malého Jakuba, má radost že už jsou spolu. Zároveň měla ale obavy, aby se o něj dobře starala. Se zvládnutím péče ji pomáhá dětská sestra. Paní M. měla bolestivě zduřené prsy. Byla poučena, že to je normální nástup laktace. Mezi kojením si přikládala studené obklady. Malý Jakub byl již méně spavý a lépe pil. Peristaltika střevní byla obnovena, ale nedošlo k odchodu stolice. Proto byl aplikován glycerinový čípek, bez efektu. Opět byla naměřena zvýšená tělesná teplota (38,5°C), která klesla po podání Paralenu p.os.

4. pooperační den pohyb paní M. již nedělal problémy. Stále byl problém s bolestivým zduřením prsů, paní M. začala odstříkávat a mezi kojením stále přikládala studené obklady. Péči o novorozence již zvládala lépe. U pacientky se objevila smutná nálada se sklonem k pláči. Bylo jí vysvětleno, že se jedná o normální stav, zvaný poporodní blues, který by měl během několika dnů odeznít. Operační rána byla klidná, ale stále zvýšeně bolestivá. Fyziologické funkce byly v normálu, mimo zvýšené tělesné teploty. Lékařem byly naordinovány antibiotika. Po opakovaném podání glycerinového čípku odešla stolice. Pacientka si také stěžuje na únavu a nedostatečný spánek, zároveň hodnotí pozitivně, že je s malým Jakubem společně. Nabídku dětské sestry, že bude nějakou chvíli pečovat o Jakuba, aby si odpočinula, odmítá.

5. pooperační den se ustálilo kojení, malý Jakub se budil po třech hodinách. Po poporodním úbytku hmotnosti dnes poprvé přibral, což udělalo paní M. velkou radost. Také se dnes lépe vyspala. Komplikací je stále bolestivost operační rány a zvýšená tělesná teplota. Byl

proveden další kontrolní ultrazvuk, který neprokázal hematom v ráně, na který vzniklo podezření. Byl také nově naordinován Aktiferrin na korekci anémie.

6. pooperační den ustoupila bolestivost operační rány, byly odstraněny stehy. Péče o Jakuba i kojení probíhaly bez problémů. Tělesná teplota byla v normálu. Byl aplikován poslední Fragmin jako prevence TEN. Pacientka si stěžovala, že jí nechutná nemocniční strava. Těšila se, až bude propuštěna domů.

7. pooperační den byla paní M. bez obtíží. Rána byla zhojená, očistky odcházely přiměřeně, děloha byla retrahovaná. Laktace probíhala fyziologicky. Močení a stolice byly bez problémů. Fyziologické funkce v normálu. Byla propuštěna domů, přijel pro ni manžel. Byla poučena o následné gynekologické péči a o péči pediatrické.

3.7 Psychologie nemocné

Těhotenství a porod patří k největším emocionálním zážitkům každé ženy, zvláště, pokud těhotenství a porod prožívá poprvé. Porod dítěte ženy označují někdy jako "malý zázrak", na který žena nikdy nezapomene. Je známo, že dobrý psychický stav ženy se spolupodílí na bezproblémovém těhotenství a porodu a může ovlivnit i psychosomatický stav dítěte. Pokud je rodička klidná, mnohem lépe snáší porodní bolesti. Důležitá je také informovanost o

průběhu porodu a podpora nejbližší rodiny, hlavně otce dítěte. Při porodu císařským řezem je fyzická i psychická zátěž dvojnásobná - žena prožívá porod i velkou břišní operaci zároveň.

Pro psychiku ženy v pooperačním období je velmi důležitý management zvládání bolesti. Také včasný kontakt s narozeným dítětem je velmi důležitý pro rozvoj mateřství a zmírnění poporodní úzkosti.

Velmi záleží i na vyrovnání se s negativními důsledky pobytu v nemocnici, který je při porodu císařským řezem prodloužený. Negativními důsledky pobytu v nemocnici je ztráta role, kterou má člověk v běžném životě a přijetí role pacienta, který ztrácí svou sociální identitu, ztrácí svobodu pohybu, jednání, rozhodování. Jeho osobní potřeby jsou odsunuty do pozadí na úkor potřeb zdravotních. Velmi negativně pacient nese neinformovanost a neosobní jednání personálu.

Paní M. přišla do nemocnice porodit své první dítě. Císařský řez měla naplánovaný, ale kontrakce přišly před termínem, což ji zaskočilo a stalo se zdrojem obav o dítě. Po rozmluvě s personálem při příjmu do porodnice se stala klidnější. Měla dostatek informací a manžel s ní mohl zůstat až do jejího přesunu na operační sál. K její psychické pohodě před porodem přispělo i absolvování předporodních kurzů, jejichž součástí je i návštěva porodního sálu. Znalost prostředí přispěla ke snížení úzkosti z neznámého prostoru.

Po porodu v pooperačním období bylo důležité, že se dařilo pomocí analgetik a ledování rány udržet bolest ve snesitelných mezích. Než byla možnost společného pobytu paní M. s jejím synem na pokoji, pocítovala pacientka obavy o zdraví syna, zvláště proto, že malý Jakub byl v počátečních dnech spavý a nedařilo se ho přikládat k prsu. Obavy ustoupily s postupujícími dny hospitalizace. Pomohly jí návštěvy manžela, po kterých byla vždy o poznání klidnější. 4. den po porodu byla paní M. plačtivá, nevěřila si, že zvládne péči o syna. Bylo jí vysvětleno, že se jedná o normální poporodní stav, zvaný poporodní blues. V dalších dnech plačtivost ustoupila. Komunikace s pacientkou byla bez problémů. Pobyt v nemocnici přišel pacientce dlouhý, stěžovala si na ztrátu soukromí. Zároveň byla ráda, že není na pokoji sama, že si může povídat se spolupacientkou. Při odchodu domů se paní M. svěřila, že je naplněná pocitem štěstí z mateřství a že nezažila větší kladný emocionální zážitek.

3.8 Sociální problematika

Z hlediska sociální problematiky jsem neshledala žádné patologie. Paní M. je šťastně vdaná, manžel je pro ní velkou oporou. Bydlí v rodinném domku, jejich ekonomická situace je dobrá. Vzhledem k tomu, že Jakub je její první potomek má trochu obavy, jak bude novou rodičovskou roli doma zvládat. V prvních dnech doma jí pomůže manžel, který si v práci domluvil volno. V dalších dnech je připravená pomoci radou i fyzickou pomocí maminka paní M.

3.9 Prognóza

Poporodní stav byl zkomplikován zvýšenými teplotami, bez laboratorního průkazu infekce. Také podezření na komplikaci hematomem v operační ráně se nepotvrdilo. Předpoklad dalšího průběhu šestinedělí je fyziologický průběh.

3.10 Edukace nemocné

Edukace paní M. se týkala jednak edukace péče o sebe samou a edukace v péči o dítě.

péče o jizvu:

Prvních 48 hodin měla paní M. ránu překrytou sterilním krytím. Dále bylo doporučeno ránu sprchovat a co nejvíce nechat volnou. Případné změny v okolí rány nebo nadměrnou bolestivost měla hlásit sestře. Po extrakci stehů před odchodem domů bylo doporučeno jizvu pravidelně promašťovat.

hygienická péče:

Po porodu dochází k odchodu lochií, z tohoto důvodu je potřeba zvýšená hygienická péče o zevní genitál. Byla poučena, že má hlásit změny ve vzhledu a zápachu očístků. Byla doporučena častá výměna vložek a doporučeno časté sprchování. Dále byla paní M. poučena o nevhodnosti sedací koupele během celého šestinedělí.

péče o prsy:

V péči o prsy byla paní M. poučena nošení vhodné mateřské podprsenky, používání hygienických jednorázových vložek do podprsenky. Při kojení není vhodné používat příliš parfémovaná mýdla, která by mohla zastřít přirozenou vůni matky, kterou novorozenec cítí. 3. den po porodu došlo u paní M. k bolestivému zduření prsů vlivem nástupu laktace. Byla poučena o přikládání studených obkladů a bylo jí vysvětleno odstříkávání.

rehabilitace:

Po operaci byla paní M. poučena o dechových cvičeních jako časně pooperační rehabilitaci. Jako vhodné dechové cvičení, které nahrazuje klasické vykašlávání je tzv. vyfukování - nenapíná laparotomii, je snadněji proveditelné.

V dalších dnech byla poučena o cvičení dolními končetinami a o cvičení břišních svalů. Při vertikalizaci ji byla nápomocná fyzioterapeutka. Pacientka byla poučena, jak má po operaci vstávat. Byly ji doporučeny cviky pro šestinedělky, správnost jejich provádění si mohla ověřit v edukační brožurce. Sport je doporučen při kojení pouze rekreační.

výživa:

Stravování pro kojící matky s paní M. probrala nutriční terapeutka, která dochází pravidelně na oddělení. Pacientka dostala k dispozici brožurku "Stravujeme se v šestinedělí". V prvních dvou týdnech nebyla doporučena konzumace uzenin, luštěnin, citrusové a lesní ovoce. Byl doporučen dostatek mléčných výrobků, maso alespoň 2x týdně, mořské ryby pro obsah jódu. Je lépe omezit bílé pečivo, raději zařadit celozrnné, ne příliš čerstvé z důvodu nadýmání. Množství tekutin 2 - 3 litry denně, neperlivé. Vhodné je omezit pití černé kávy a samozřejmě je vynechání alkoholických nápojů. Při kojení není vhodné radikálně hubnout.

kojení:

Edukace ohledně kojení probíhala ve spolupráci s dětskou sestrou. Pacientka měla znalosti již z předporodních kurzů, nyní na ně bylo navázáno. Paní M. byla poučena o správné technice kojení, o frekvenci kojení (tak často, jak si novorozenec žádá). Naučila se rozeznat správné polohy při kojení, správné přiložení a účinné sání dítěte. Dítě se v prvních dnech

příkládá pouze k jednomu prsu při každém kojení. Po kojení je dítě potřeba nechat odříhnout.

Pacientce byl promítnut krátký instruktážní film o technice kojení. Správná technika kojení byla kontrolována 2x denně. Bylo jí vysvětleno, proč novorozenec nepotřebuje žádné jiné tekutiny a proč je nevhodné používání šidítka. Paní M. dostala edukační brožurku o kojení a kontakt na laktační poradkyni.

péče o dítě:

Edukace péče o dítě probíhala od 3. pooperačního dne, kdy byla paní M. přeložena na pokoj dohromady se synem. Bylo jí vysvětleno správné přenášení a chování – vyvarovat se prudkých pohybů, dbát na držení hlavičky - hlavička nesmí být zakloněna, dítě musí vždy držet bezpečně oběma rukama. Návčik koupání a hygienické péče proběhl ve dvou fázích – 1. den s maminka dívala, jak dítě koupe sestra a 2. den již koupala sama pod dohledem sestry. Byla poučena o teplotě vody, teplotě místnosti pro koupání novorozence - novorozenec nemá plně vyzrálé termoregulační centrum a snadno se podchladí. Byla jí vysvětlena péče o pupeční pahýl a hygienické zásady při koupeli, použití kosmetiky. Zdůrazněna byla bezpečnost dítěte při koupeli. Při přebalování jí byla vysvětlena správná hygienická péče o zadeček novorozence.

edukace při propuštění:

Před propuštěním byla paní M. poučena o péči o své zdraví doma - návštěvě obvodního gynekologa po uplynutí šestinedělí, o návštěvě lékaře ihned, pokud se objeví neobvyklé příznaky jako je bolest nebo krvácení. Byla jí vysvětlena nevhodnost pohlavního styku v šestinedělí. V péči o dítě byla poučena o návštěvě pediatra a dětské sestry v domácnosti, o nutnosti registrace u pediatra. Byla poučena, za jakých okolností a odkdy může s dítětem ven, dále jak má řešit případné problémy s kojením a s odstříkáváním mléka doma. V sociální problematice byla poučena, že jí z matriky přijde poštou rodný list dítěte, dále o nutnosti dítě registrovat u zdravotní pojišťovny. Byl jí předán očkovací průkaz syna a byla poučena o tom, že byl očkován proti tuberkulóze.

4 SHRUTÍ A ZÁVĚR

Pacientka byla propuštěna 7. pooperační den po porodu císařským řezem. Tento okamžik byl pro ní výjimečný, radovala se ze zdravého syna. Pobyt v nemocnici hodnotila jako celkově příjemný. Bolesti a některé problémy v pooperačním průběhu jí, dle jejích slov při

propouštění, kompenzoval její syn. Pacientka poděkovala za lékařskou a ošetrovatelskou péči a vyjádřila přesvědčení, že pokud bude chtít další dítě, do této porodnice se určitě vrátí.

Seznam použité literatury:

1. BINDER, T.: Komplikace císařského řezu. Moderní gynekologie a porodnictví. Praha: Levret s.r.o., 17/2008 č.1, s. 89-95. ISSN 1211-1058
2. ČECH, J. et al.: Porodnictví, 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 434 s.

ISBN 80-7169-355-3

3. ČECHOVÁ, V et al.: Speciální psychologie, IV. vydání. Brno: NCO NZO, 2004. 173 s.
ISBN 80-7013-386-4
4. DOLEŽAL, A.: Technika porodnických operací. Praha: Grada Publishing, 1998. 231 s.
ISBN 80-7169-549-1
5. DYLEVSKÝ, I. et al.: Funkční anatomie člověka. Praha: Grada Publishing, 2000. 664 s.
ISBN 80-7169-681-1
6. FUŇKA, J.: Anestezie k císařskému řezu. Moderní gynekologie a porodnictví.
Praha: Levret s.r.o., 17/2008 č.1, s. 28-36. ISSN 1211-1058
7. HÁJEK, Z.: Indikace k císařskému řezu. Moderní gynekologie o porodnictví.
Praha: Levret s.r.o., 17/2008 č.1, s. 19-22 ISSN 1211-1058
8. KAMENÍKOVÁ, M., KYASOVÁ, M.: Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále.
Praha: Grada Publishing, 2003. 92 s. ISBN 80-247-0285-1
9. KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s.
ISBN 80-247-0179-0
10. MĚCHUROVÁ, A.: Metody provedení císařského řezu. Moderní gynekologie
a porodnictví. Praha: Levret s.r.o., 17/2008 č.1, s. 37-44. ISSN 1211-1058
11. PAVLÍKOVÁ, S.: Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada Publishing, 2006.
152 s ISBN 80-247-1211-3
12. STAŇKOVÁ, M.: České ošetrovatelství 3, Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe.
Praktická příručka pro sestry. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5
13. STAŇKOVÁ, M.: České ošetrovatelství 4, Jak provádět ošetrovatelský proces

Praktická příručka pro sestry. Brno: NCO NZO, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3

14. STAŇKOVÁ, M.: České ošetrovatelství 6, Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi, 1. vydání. Praktická příručka pro sestry. Brno: NCO NZO, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6
15. TRACHTOVÁ, E: a kolektiv.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu Brno: NCO NZO, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X
16. UNZEITITIG, V. et al.: Doporučený postup při vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním. Česká gynekologie, 70. s. 462
17. UNZEITING, V.: Doporučený postup-zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství. Česká gynekologie, 70, č. 6, s. 460-461
18. VELEBIL, E.: Epidemiologie císařského řezu. Moderní gynekologie a porodnictví. Praha: Levret s.r.o., 17/2008 č.1, s. 12-17. ISSN 1211-1058
19. ZWINGER, A, et al.: Porodnictví, 1. vydání. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-259-9

Jiné zdroje:

20.lékařská dokumentace

Seznam zkratk:

ATB – antibiotika

BWR – serologický test na přítomnost protilátek proti syfilis

CTG – kardiokografie – metoda sledování děložní činnosti a srdeční akce plodu

DK – dolní končetiny

HBsAg – marker hepatitidy typu B (hepatitis B surface antigen- australský antigen)

HIV – původce onemocnění AIDS (Human Immunodeficiency Virus)

i.v. – intravenózní

i.m. – intramuskulární

JIP – jednotka intenzivní péče

KP – konec pánevní

KO – krevní obraz

KS – krevní skupina

LHK – levá horní končetina

m.j. – mezinárodní jednotka

s.c. – subkutánně

t.t. – týden těhotenství

TK – tlak krevní

TT – tělesná teplota

Seznam příloh:

Příloha č. 1 - Druhy hysterotomie při s.c.

převzato z: DOLEŽAL, A.: Technika porodnických operací. Praha: Grada Publishing 1998. ISBN 80-7169-549-1

Příloha č. 2 - Ošetrovatelská anamnéza

Příloha č. 3 - Škála hodnocení intenzity bolesti

Příloha č. 4 - Plán ošetrovatelské péče